

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ.13.25.001.444  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο.189/22 |

Λευκωσία, 03 Αυγούστου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Αγορά Υπηρεσιών Ιατρικών Λειτουργών και Καρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του θαλάμου COVID-19 του ΓΝ Πάφου σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών **Ιατρικών Λειτουργών** και **Καρδιολόγου** για κάλυψη των αναγκών των θαλάμων COVID-19 του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **δύο (2) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης ανά **δύο (2) μήνες**, αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοβαθμίας των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν:

* Για το **ΕΙΔΟΣ 1 – Ιατρικοί Λειτουργοί**, με την **κα. Μαρία Κωνσταντινίδου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού ΟΚΥπΥ, στον αριθμό 22 212 853
* Για το **ΕΙΔΟΣ 2 – Καρδιολόγος**, με την **κα. Κωνσταντίνα Νικολάου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού ΟΚΥπΥ, στον αριθμό 22 212 852

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

* Για το **ΕΙΔΟΣ 1** στην διεύθυνση [**m.constantinidou@shso.org.cy**](mailto:m.constantinidou@shso.org.cy)
* Για το **ΕΙΔΟΣ 2** στην διεύθυνση [**ko.nikolaou@shso.org.cy**](mailto:ko.nikolaou@shso.org.cy)

Υποβάλλοντας τα ακόλουθα:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με τα σημεία «Β. Απαιτούμενα Προσόντα» του κάθε είδους**

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος παραμένει σε ισχύ και θα γίνονται δεκτές αιτήσεις καθ’ όλη τη διάρκεια που θα είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 08/08/2022 & ώρα 11:00 π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**ΕΙΔΟΣ 1 – Ιατρικοί Λειτουργοί :**

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα - Παρασκευή, 07:30π.μ. - 15:00μ.μ.** με **μέγιστο 10 εφημερίες κάθε μήνα,** εκ των οποίωνμέγιστο **έξι (6) εφημερίες καθημερινές** και μέγιστο **τέσσερεις (4) εφημερίες Σάββατο ή Κυριακή ή Αργία**, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Το σταθερό μηνιαίο **ποσό αμοιβής** θα είναι **€3.200/μήνα.** Επιπρόσθετα θα υπάρχει επιπλέον αμοιβή για τις **εφημερίες (ενεργές)** ως ακολούθως:

* **€165 για καθημερινές**
* **€250 για ημέρες Σάββατο/Κυριακή/Αργία**

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Συμμετοχή στην νοσηλεία ασθενών του Θαλάμου
2. Αξιολόγηση περιστατικών στη βραχεία νοσηλεία
3. Αιμοληψίες
4. Λήψη αιμοκαλλιεργειών
5. Λήψη αερίων αίματος
6. Κλινική εξέταση
7. Ενημέρωση ιατρικού φακέλου ασθενών
8. Προετοιμασία εξιτηρίου ασθενών
9. Επικοινωνία με τους συγγενείς των ασθενών
10. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά καθήκοντα του ανατεθούν

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει **με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €300.000**. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. **Ετήσια Άδεια Ιατρικού Επαγγέλματος** σε ισχύ για το τρέχον έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**
2. Πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και καλή γνώση της αγγλικής ή της γαλλικής ή της γερμανικής γλώσσας **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας ([www.psc.gov.cy](http://www.psc.gov.cy)).

**ΕΙΔΟΣ 2 – Καρδιολόγος :**

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα - Παρασκευή, 07:30π.μ. - 15:00μ.μ.** με **μέγιστο 10 εφημερίες κάθε μήνα,** εκ των οποίωνμέγιστο **έξι (6) εφημερίες καθημερινές** και μέγιστο **τέσσερεις (4) εφημερίες Σάββατο ή Κυριακή ή Αργία**, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Το σταθερό μηνιαίο **ποσό αμοιβής** θα είναι **€4.097/μήνα.** Επιπρόσθετα θα υπάρχει επιπλέον αμοιβή για τις **εφημερίες** **(μη συχνών κλήσεων)** ως ακολούθως:

* **€230 για καθημερινές**
* **€350 για ημέρες Σάββατο/Κυριακή/Αργία**

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Παροχή υπηρεσιών καρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του θαλάμου COVID-19
2. Καρδιολογική εκτίμηση και αξιολόγηση ασθενών του θαλάμου COVID-19
3. Διενέργεια υπερηχογραφημάτων καρδίας
4. Αντιμετώπιση οξέων καρδιολογικών περιστατικών
5. Ενημέρωση του ιατρικών φακέλων ασθενών
6. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά καθήκοντα του αναθέτουν

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει **με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €450.000**. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. **Ετήσια Άδεια Ιατρικού Επαγγέλματος** σε ισχύ για το τρέχον έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**
2. **Αντίγραφο πιστοποιητικού ειδικότητας** αναγνωρισμένο από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**
3. Πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και καλή γνώση της αγγλικής ή της γαλλικής ή της γερμανικής γλώσσας **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας ([www.psc.gov.cy](http://www.psc.gov.cy)).

**Προτεραιότητα θα δοθεί σε υποψηφίους που κατέχουν, πέραν των πιο πάνω απαιτούμενων προσόντων, σχετική εμπειρία ως ακολούθως:**

Τεκμηριωμένη πείρα σε Θάλαμο/Κλινική COVID. Για την **τεκμηρίωση της πείρας** ο υποψήφιος θα πρέπει να προσκομίσει **βεβαίωση απασχόλησης από προηγούμενους εργοδότες όπου θα αναγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα και οι ημερομηνίες εργοδότησης.**

Οι υποψήφιοι θα βαθμολογηθούν βάσει τα χρόνια σχετικής πείρας τους:

* **Δίνεται 1 μονάδα για κάθε μήνα σχετικής εμπειρίας**

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοβαθμίας των υποψηφίων, η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία των ενδιαφερομένων.

Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 27 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.

Ο ΟΚΥπΥ δύναται να διακόψει τη σύμβαση όποτε το κρίνει απαραίτητο, μετά από γραπτή προειδοποίηση δέκα (10) ημερών, χωρίς ο επιτυχών οικονομικός φορέας να ζητήσει οποιαδήποτε αποζημίωση. Σε αυτήν τη περίπτωση, ο επιτυχών οικονομικός φορέας θα πρέπει να αποστέλλει τιμολόγιο στο Λογιστήριο του ΟΚΥπΥ πιστοποιημένο από τον υπεύθυνο συντονιστή μόνο για τις μέρες που έχει εργαστεί.

**Έντυπο 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |
| 1. **Αρ. Ταυτότητας:** |  |
| 1. **Τηλ. Επικοινωνίας:** |  |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** *(π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)*
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** *(Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)*
4. **Κύρια προσόντα:** *(Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)*
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.*

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης.

**Έντυπο 2**

**Υπεύθυνη Δήλωση**

**Προς Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

Εγώ ο/η …………………………………………………………………………… με αριθμό δελτίου ταυτότητας ……………………………….. δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω εργαστεί στο Υπουργείο Υγείας ή στον ΟΚΥπΥ μέχρι σήμερα συνολικά για ………………………………….. μήνες:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Θέση** | **Οργανισμός & Τμήμα** | **Από** | **Μέχρι** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

Υπογραφή: ……………………………. Ημερομηνία:……………………